46e Année. — N° 13. Vendredi 31 Mars 1899.

LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Clinique médicale : Mastoïdite et dérivation, par le Dr C. Chauveau, p. 193. — **Bibliographie** : Traitement de la syphilis, p. 195. — **Revue de la presse** : Ictus laryngé, p. 196. — **Académie des sciences** : *Séance du 13 mars 1899.* — *Présidence de M. Van Tieghem.* — Quantité maximum de chlorures contenus dans l'air de la mer, p. 197. — **Académie de médecine** : *Séance du 28 mars 1899.* — *Présidence de M. Panas*, p. 197. — Vacance, p. 197. — Nécrologie, p. 197. — Les ferments animaux et leur culture, p. 197. — Des formes graves du rein mobile, de la cachexie néphroptosique et de son traitement par la néphropexie, p. 198. — Election, p. 198. — Traitement de l'appendicite, p. 198. — De la percussion méthodique du crâne : contribution au diagnostic crânio-encéphalique, p. 198. — Eaux minérales, p. 199. — **Société médicale des Hopitaux** : *Séance du 27 mars 1899.* — *Présidence de M. Raymond.* — La véritable cause de l'appendicite, p. 199. — Pneumonie sèche, p. 199. — Sur une forme de paraplégie spasmodique consécutive à une lésion organique et sans dégénération du système pyramidal, p. 200. — Ictère chronique sans élimination de pigments par les urines, p. 200. — Un cas de surdi-cécité avec œsophagisme chez une hystérique, guérison rapide par l'isolement, p. 200. — **Société de médecine de Paris** : *Séance du 25 mars 1899.* — *Présidence de M. Jullien*, p. 201. — **Société de chirurgie** : *Séance du 22 mars 1899.* — *Présidence de M. Pozzi*, p. 202. — Luxation traumatique de l'astragale, p. 202. — Relevé statistique des opérations à Pascal pendant les dernières années, p. 202. — Résection stomacale, p. 202. — Rupture du tendon du triceps. — Suture. — Guérison, p. 202. — **Société médicale du VIe arrondissement** : *Séance du 27 février 1899.* — *Présidence de M. Richardière*, p. 202. — **Variétés** : Un guérisseur, p. 204. — Le médecin, p. 204. — **Intérêts professionnels**, p. 205. — **Nouvelles**, p. 206. — **Bulletin bibliographique**, p. 208.

CLINIQUE MÉDICALE

Mastoïdite et dérivation,

Par le Dr C. Chauveau,

M. G., commerçant de Sedan, est pris le 15 décembre 1897 d'une angine banale, et soigné par mon confrère le Dr Liénard, de qui je tiens une partie des détails de cette observation.

Le 24 décembre et les jours suivants, douleurs d'une intensité relative à l'oreille gauche qui n'avait antérieurement présenté aucun symptôme morbide.

Le 10 janvier, perforation spontanée du tympan ; une quantité notable de pus s'écoule par le conduit auditif externe. Deux jours après, survient une attaque (la seconde chez ce malade) de rhumatisme articulaire aigu bien net qui a guéri assez vite.

Le pus continuait à couler par le conduit ; des douleurs vives se faisaient parfois sentir un certain temps à la région mastoïdienne qui paraissait alors gonflée et plus colorée. Deux confrères de Sedan, frappés de la durée de l'écoulement et de ces symptômes locaux qu'ils crurent voir progresser en intensité, conseillèrent, après bien des hésitations, la trépanation de l'apophyse.

Le malade, effrayé, voulut venir à Paris prendre un avis complémentaire. Le 7 mars M. G... consultait un chirurgien des hôpitaux très éminent et très expert dans les maladies de l'oreille dont il fait un peu sa spécialité. Il confirma cette opinion

Je vis le sujet pour la première fois le 8 mars. L'état général était excellent. Il me sembla ne constater ni œdème, ni gonflement, ni rougeur. L'écoulement était peu abondant. Pas de chute appréciable de la paroi postérieure du conduit. Les douleurs spontanées s'espaçaient ; cependant la pression au lieu d'élection était sensible. Le tympan me parut insuffisamment ouvert et j'expliquai les divers symptômes par la rétention du pus dans la caisse. J'agrandis donc l'ouverture tympanique, en disant au malade qu'il devait être surveillé, mais qu'à cette heure les indications ne me paraissaient pas avoir la précision suffisante pour que je puisse conseiller une trépanation immédiate. A son retour à Sedan, il avait une nouvelle poussée rhumatismale de peu de durée.

La situation ne se modifiait guère. De temps à autre, les douleurs devenant plus intenses, mes confrères de Sedan reprenaient leur décision première. A la fin d'avril, nouveau voyage à Paris, même constatation de ma part qui motiva une nouvelle incision tympanique. Au retour, autre poussée articulaire bénigne.

Je revis le malade seulement au début de juin. Malgré le peu d'intensité des phénomènes locaux, la persistance de ces symptômes divers commençait à ébranler un peu ma conviction première. Je demandai au malade de rester ici en observation ; mais une réunion de famille importante l'appelait à Reims, et malgré mon insistance il partit. Le 6 juin, il éprouve à l'oreille et à la région mastoïdienne des douleurs beaucoup plus intenses qu'à l'habitude et qui persistèrent accompagnées de gonflement et de rougeur de cette région. Il hâte son retour à Paris.

Mais, durant son voyage, il est pris d'une attaque violente de rhumatisme articulaire aigu qui le cloue au lit pendant plusieurs semaines. Il ne songea même pas à m'appeler à son arrivée : car il ne souffrait plus du tout de l'oreille et l'écoulement encore assez abondant la veille, s'était tari subitement.

Huit à dix jours après, son frère me fit venir ; le rhu-

matisme articulaire aigu, normal, tout à fait normal (n'ayant rien de commun avec le pseudo-rhumatisme infectieux) suivait son cours, et s'atténuait sous l'influence du salicylate de soude. L'oreille ne présentait aucune sensibilité ; le tympan était perforé, mais pas la moindre suppuration.

L'audition simplement restait diminuée.

Le 25 août, le Dr Liénard m'écrivait : le rhumatisme est guéri, bien guéri et la mastoïdite reste aussi complètement guérie.

Je l'ai revu tout récemment dans le même état.

Cette observation me remit en mémoire un fait assez curieux que j'avais observé en 1895 et qui m'avait frappé.

Le Dr Lemoine m'adressa à cette époque un vieil urinaire qui, sans cause appréciable, avait présenté une otite moyenne purulente droite. Celle-ci dura et finit par se compliquer d'une mastoïdite dont les symptômes, d'abord indécis, prirent enfin une certaine netteté. J'allais demander à mon confrère de prendre jour avec moi pour une intervention quand le malade cessa ses visites. Je crus simplement qu'il avait choisi un autre opérateur. Mais, rencontrant mon confrère quelque temps après, et lui demandant incidemment des nouvelles de son malade, il me répondit qu'à cette époque — celle où j'allais lui écrire — il fut appelé près de lui, non pour son oreille qu'il croyait en bon état, mais pour une pyélonéphrite ; depuis, le malade avait échappé à cette affection nouvelle et son oreille douloureuse et suppurante, avait été comme par miracle subitement guérie. Il y a quelques mois de cela ; et l'état était resté parfait.

Les deux cas que nous rapportons suscitent des questions de pathologie générale fort intéressantes. Il s'agit chez nos deux malades d'une affection identique, la mastoïdite (car pour mon premier malade il était difficile d'en douter le 16 juin), qui guérit spontanément chez l'un à la suite de l'apparition d'un rhumatisme articulaire aigu, chez l'autre à l'éclosion d'une pyélonéphrite. Nos prédécesseurs n'auraient pas été embarrassés : ils auraient aussitôt invoqué la métastase, hypothèse commode, aussi vieille que la médecine et expliquant par l'émigration de l'humeur peccante le déplacement du mal.

A l'heure actuelle, ces idées ont disparu tout à fait. Sauf, peut-être, pour la goutte et les affections qui s'y rattachent, la métastase n'est plus admise et cependant le fait qu'elle expliquait existe. D'autres théories sont venues.

On trouve dans les vieux auteurs (Franck, Hoffmann) des cas de pneumonies jugulées par l'apparition d'une dysenterie.

Plus récemment, des faits de même ordre ont vivement frappé les cliniciens et cela surtout dans les affections suppuratives, groupe dans lequel rentrent nos deux cas de mastoïdite. Hervieux (*Traité de la fièvre puerpérale*) constate que celle-ci diminue parfois de gravité lors de la formation des collections purulentes dans le tissu cellulaire pelvien. Siredey (*Maladies puerpérales*) a vu certaines malades très gravement atteintes, s'améliorer notablement lors de la formation d'un abcès. Mais c'est Fochier, de Lyon (*Lyon médical*, 1891) qui mit nettement ces faits en évidence. Il détermina systématiquement les abcès curateurs à l'aide d'injections sous-cutanées d'essence de térébenthine et obtint ainsi des succès ; idées confirmées par les observations de Thierry (*Normandie médicale* 1892 et Société médicale de Rouen), de Chambrelent (Congrès de gynécologie de Bordeaux 1895), de Swiecielky de Posen et de Karczivky de Varsovie (*in Switalsky*), de Switalsky de Cracovie (*Therapeutische Wochenschrift*, 1895).

D'autres affections furent améliorées par ces abcès appelés dérivatifs ou de fixation. Peu après la communication du professeur Fochier, Lépine, à Lyon (*Semaine médicale*, 1892), Dieulafoy, Gingeot, Chantemesse et Marie, à Paris (*Bulletin de la société médicale des hopitaux de Paris*, 1892), Ollivier, de Rouen (*Normandie médicale*, 1892) appliquent cette méthode au traitement de la pneumonie. La même année, Siredey signalait une endocardite aiguë avec double congestion pulmonaire guérie à la suite d'un panaris survenu spontanément. Tout récemment, Gauthier a publié, dans la *Revue médicale de la Suisse romande*, deux cas de fièvre typhoïde guéris par la production artificielle d'abcès dans le tissu cellulaire sous-cutané. Une de ses malades avait été prise de dothienenterie en plein cours de rhumatisme articulaire aigu qui disparut subitement.

Dans le domaine des maladies de l'oreille, des faits analogues ont été notés. Sans parler des anciens sétons dont l'emploi reposait sur le même principe, Szenes (*Monaschrift fur ohrenheilkunde*, 1892) a montré que l'apparition d'une otite externe diffuse au cours d'une otite moyenne suppurée aiguë pouvait guérir celle ci ou du moins l'atténuer singulièrement, produisant ainsi une véritable dérivation critique. Colladon (*Revue médicale de la Suisse Romande*, 1894), détermina systématiquement cette otite externe et obtint des résultats remarquables surtout dans les otites moyennes qui traînent en longueur.

A quoi attribuer des phénomènes en apparence si bizarres ? Lors de la communication de Dieulafoy à la Société médicale des hôpitaux en 1892, Chantemesse avait dit qu'il n'y avait que deux hypothèses possibles : le transport en masse dans la nouvelle collection purulente des microbes disséminés dans l'organisme ou une exagération de la phagocytose. Cette dernière hypothèse paraît, à cette heure, la plus probable. On s'explique assez bien que, sous l'influence d'une leucocytose exagérée, il se forme une nouvelle armée de phagocytes jeunes et actifs qui ont facilement raison des microorganismes siégeant dans les vieilles lésions morbides. Il est possible aussi que le nouveau foyer

réveille les propriétés bactéricides du sérum et les exalte à un point très favorable à la destruction des anciennes lésions.

Ces explications peuvent paraître applicables même pour notre premier cas, soit que l'on penche pour le diagnostic d'un rhumatisme infectieux, soit que l'on admette, ce qui est cliniquement infiniment probable, celui de rhumatisme articulaire aigu et franc. Actuellement, en effet, chacun sait que les théories qui faisaient de cette affection une dépendance de l'arthritisme ou une altération des humeurs caractérisée par la surcharge d'acide lactique ou une perturbation dans les fonctions trophiques de la moelle, sont bien près d'avoir vécu. On regarde de plus en plus le rhumatisme articulaire aigu comme une maladie infectieuse, depuis les travaux d'Achalme (1891), Thiroloix, Triboulet...

Il y eut, chez notre malade, des poussées répétées de rhumatisme. Faut-il les considérer comme indépendantes des lésions otiques ou établir entre les deux affections une relation de causalité. Déjà Lasègne, et tout récemment les travaux anglais, américains et lyonnais, semblent faire de l'angine la porte d'entrée peut-être la plus fréquentée du rhumatisme. Or, dans notre cas, l'otite a bien succédé à une angine et cette otite ainsi que la mastoïdite pourraient peut-être sembler comme une station intermédiaire entre l'entrée des microbes et leur pénétration dans l'organisme.

BIBLIOGRAPHIE

Traitement de la syphilis.

Par E. GAUCHER, (*Œuvre médico-chirurgicale*, n° 14), Paris, Masson et Cie, 1899.

L'*Œuvre médico-chirurgicale* vient de faire paraître une monographie des plus intéressante sur le traitement de la syphilis, écrite par le Dr Gaucher. En 36 pages, l'auteur a eu le mérite de condenser tout ce qu'il fallait savoir sur le traitement de la syphilis ; tout est à retenir. Pas de détail inutile, pas de phraséologie. Comme l'écrit le Dr Gaucher, dès le début de son article, « le lecteur est bien prévenu que ce ne sont pas tous les modes de traitement de la syphilis qu'il trouvera dans cet opuscule, mais seulement le traitement que j'emploie et que je conseille, parce qu'il m'a donné de bons résultats. » Voilà qui est précis. Le lecteur n'aura pas à faire un choix au milieu d'un dédale de médications multiples, comme on le rencontre dans la plupart des articles de ce genre.

Dans cinq chapitres distincts, l'auteur expose le traitement du chancre, celui de la période secondaire, celui de la période tertiaire, celui des affections parasyphilitiques et enfin celui de la syphilis héréditaire.

La cautérisation du chancre est inutile, parce qu'elle n'arrête pas l'évolution de la syphilis ; cette opération n'est même pas utile pour la guérison de chancre qui ne demande qu'à guérir la plupart du temps. L'incision du chancre n'est pas plus efficace, car, lorsque celui-ci se montre, l'organisme est infecté. La poudre d'iodoforme, les lavages avec le sublimé à 1/1000 ; la poudre de calomel, la pommade au calomel à 1/10 suffisent pour la cicatrisation du chancre. Je ne m'attarderai pas sur le traitement des complications du chancre, ni sur le traitement de l'accident primitif, suivant les régions qu'il occupe ; je renvoie pour ces détails à l'ouvrage même où tout est exposé en moins d'une page.

Quant à l'administration de mercure à la période primaire, l'auteur s'en montre partisan convaincu, pourvu que le diagnostic soit bien établi.

Dans le traitement général de la syphilis par le mercure, à la période secondaire comme à toute autre période, il faut, reconnaît le Dr Gaucher, avant de prescrire ce médicament, s'assurer que l'organisme peut le supporter et l'éliminer. Il faudra donc analyser l'urine, se rendre compte de la perméabilité rénale. S'il existe de l'albumine, le mercure ne sera donné qu'à petites doses. Chez les sujets chez lequels l'administration du mercure par la voie gastrique n'est pas tolérée, on n'hésitera pas à prescrire celui-ci en injections sous-cutanées. Cependant, chez quelques-uns, quelle que soit la voie d'introduction employée, il survient des accidents. Chez ces malades, il faudra prescrire le mercure à dose très faible, augmenter progressivement de façon à faire absorber le quart, la moitié de la dose habituelle. Chez eux, on préviendra la stomatite mercurielle en exagérant les soins de la bouche qu'il faut prescrire à tout syphilitique qui prend du mercure ; lavages fréquents de la bouche avec une solution saturée de chlorate de potasse, attouchements des gencives à la teinture d'iode, brossage des dents avec la poudre suivante :

Chlorate de potasse...	
Craie préparée.....	} ââ 15 grammes.
Poudre de quinquina..	
Salol.....	2 gr.

La préparation mercurielle favorite du Dr Gaucher pour le traitement ordinaire par la voie buccale est la pilule de sublimé :

Sublimé.....	} ââ 0.01 centigr.
Extrait thébaïque.....	
Exc.....	Q. S.

à raison de 2 pilules par jour ou à chacun des 2 principaux repas. Mais, lorsqu'il s'agit de traiter un chancre syphilitique phagédénique, des syphilides cutanées généralisées à tendance ulcéreuse, des plaques muqueuses persistantes et récidivantes, malgré le traitement par les pilules, déterminations précises de la syphilis, telles que myélites, névrites, une céphalalgie tenace, il ne faut pas tarder à recourir aux injections sous-cutanées, *sous forme de sels solubles*. D'après l'auteur, l'*injection de sels insolubles* est une hérésie pharmacologique. « On conviendra que livrer à l'organisme

« une dose toxique de mercure, dont la dissolution est « soumise au hasard, ne constitue pas un traitement « scientifique. De fait, dans certains cas, le sel inso- « luble peut s'enkyster pendant un temps indéterminé; « pendant tout ce temps les injections restent sans « effet;le sel insoluble ne se dissout pas, puis tout d'un « coup, toute cette réserve de mercure peut se dis- « soudre très rapidement et répandre dans la circula- « tion une quantité de poison mortel... J'ajoute que « l'excipient du sel insoluble est toujours huileux... « Si la matière à injection pénètre dans une veine, les « embolies sont à craindre ».

Voilà exposés en quelques lignes et d'une façon saisissante les inconvénients des injections insolubles. Cependant une seule injection insoluble trouve grâce devant un tel arrêt, c'est l'huile grise. A la température de corps, celle-ci doit émettre des vapeurs mercurielles qui sont absorbées et passent dans la circulation. Cette injection peut être employée chez les malades qui sont forcés de voyager et que l'on voit rarement. Voici la formule de l'huile grise :

Mercure purifié.....	5 gr.
Vaseline liquide, stérilisée.....	8 gr. 50
Lanoline.....	1 gr. 50

La dose à injecter est de 2 gouttes chaque fois. Ces 2 gouttes renferment environ 5 centig. de mercure métallique. Les injections doivent être faites profondément dans la masse musculaire de la fesse, dans la région trochantérienne avec une aiguille très longue et d'un calibre assez gros et avec toutes les précautions antiseptiques. Les 3 premières injections doivent être faites à cinq ou huit jours d'intervalle ; les injections suivantes doivent être espacées davantage. Il est bon, avant de continuer les injections, de s'assurer de l'élimination du mercure par l'urine à l'aide de la pile de Smithson.

Mais revenons aux injections solubles préconisées par le Dr Gaucher qui préfère à toute autre préparation le benzoate de mercure. Le benzoate de mercure doit être préparé extemporanément par le pharmacien, car le sel livré par la droguerie est en général impur. Le Dr Gaucher employait primitivement la solution de Stoukovenkoff de Kieff.

Benzoate d'hydrargyre...	0.25
NaCl..... }	âà 6 grammes.
Chlorhydrate de cocaïne.. }	
Eau distillée.....	30 gr.

Il préfère actuellement la solution de Bretonneau :

Benzoate de mercure....	0.30
Benzoate d'ammoniaque.	1.50
Eau distillée.....	30

Il faut injecter 2 centimètres cubes de cette solution par jour, soit 0.02 centigrammes de benzoate de mercure.

La dose de 2 centigrammes par jour de sublimé par ingestion, ou de benzoate par injection, doit être continuée pendant deux mois de suite, tant que les accidents persistent ou se renouvellent, en suspendant la médication quelques jours si elle est mal supportée ou en alternant les pilules avec les injections.

Le chapitre sur la durée du traitement de la syphilis secondaire contient des renseignements des plus importants.

A part les cas exceptionnels dans lesquels le traitement doit être presque continu, le traitement de la syphilis doit être intermittent. Le mercure doit être prescrit pendant sept mois la première année, pendant cinq mois la deuxième année, pendant quatre mois la troisième année et pendant deux mois la quatrième année. Le Dr Gaucher fait prendre l'iodure de potassium à partir de la deuxième année seulement, et dans les mois pendant lesquels le malade n'absorbe pas le mercure. Après quatre ans de traitement, on peut le plus souvent considérer le syphilitique, sinon comme définitivement guéri, au moins comme inoffensif, mais non d'une façon absolue.

Si le syphilitique désire se marier, il est bon de le soumettre à une observation d'une année, sans traitement. Si, pendant cette cinquième année, on ne voit apparaître aucun accident nouveau, ou pourra, dit le Dr Gaucher, permettre le mariage, après une nouvelle cure mercurielle et une nouvelle cure iodée, d'un mois chacune.

Il nous est impossible d'entrer dans tous les détails que donne l'auteur sur le traitement préventif de la syphilis hérèditaire, sur le mode d'administration du mercure par les frictions, sur le traitement local des syphilides secondaires, sur le traitement spécial de quelques complications de la période secondaire, des accidents viscéraux et nerveux précoces de cette période. Le traitement de ces accidents est fait avec le plus grand soin et sera utile autant au praticien ordinaire qu'au spécialiste.

Un chapitre important est consacré au traitement général de la période tertiaire et au traitement des déterminations viscérales et nerveuses de la syphilis tertiaire.

Un court chapitre s'occupe du traitement des affections viscérales para-syphilitiques.

Enfin le traitement de la syphilis héréditaire, exposé en une page et demie, termine une publication de la plus haute portée pratique.

Pour me résumer, le praticien trouvera condensé dans cette monographie, en une trentaine de pages, ce qui, dans tout autre ouvrage, est exposé en plusieurs centaines de pages et tout ce qu'il faut savoir pour le traitement pratique de la syphilis et des accidents syphilitiques.

Dr. B.

REVUE DE LA PRESSE

Ictus laryngé. — M. le Dr Emile Percepied étudie cette affection que Charcot a décrite pour la première fois en 1876 et qui depuis a donné lieu à d'assez nom-

breux travaux qui ont montré qu'elle était relativement assez fréquente.

On peut définir l'ictus laryngé : une névrose caractérisée par une sensation de chatouillement laryngien suivi de toux spasmodique, de chute et de retour instantané de l'intelligence.

La définition de la maladie en donne presque complètement la symptomatologie. C'est d'abord le chatouillement de la gorge, la toux, la perte de connaissance et la cessation brusque des accidents. Parfois, mais très rarement, on a noté quelques convulsions, mais jamais, dans l'ictus laryngé vrai, de morsures de la langue.

Pendant l'accès de toux, la face est ordinairement rouge et vultueuse; dans un certain nombre de cas, on a noté au contraire de la paleur avec une dilatation pupillaire, comme dans une véritable syncope. Le malade éprouve une sensation très pénible d'asphyxie, très bien décrite par le Dr Dauwin qui a observé le phénomène sur lui-même ; le pouls, dans les cas très rares où on a pu observer les crises, est lent et faible.

On ne constate rien du côté des sphincters.

La durée est très courte, en général quelques secondes ; les accès sont peu fréquents, il est rare qu'on en observe plus de quatre ou cinq chez le même sujet, on ne les a vus se succéder à distance relativement courte que dans des maladies aiguës des voies respiratoires.

Les affections des voies respiratoires sont, en effet, chez les sujets prédisposés, les causes génératrices de l'accident. C'est chez des personnes atteintes d'affections du nez, de la gorge, de vieille pharyngite, d'élongation de la luette, chez les bronchitiques, les catarrheux et les asthmatiques qu'on l'a relevé.

Mais les conditions qui sont essentiellement favorables à cette affection sont, avec l'arthritisme et une affection des voies respiratoires comme l'asthme, le nervosisme. Quand cette triple condition est réalisée, il suffira de peu de chose pour provoquer l'ictus : tout ce qui irrite la muqueuse nasale ou pharyngo-laryngée fera naître l'accident : ainsi les odeurs acres, surtout l'odeur du tabac, les respirations brusques et saccadées comme dans le rire, parfois une conversation trop animée suffisent.

L'influence du repos paraît manifeste. Presque toujours, d'ailleurs, l'accès a lieu pendant le jour.

Il faut remarquer qu'à côté de l'affection typique décrite par Charcot et qui n'aboutit pas toujours à la chute, s'arrêtant souvent au simple vertige selon son intensité, ainsi que le font remarquer les malades qui ont éprouvé les deux phénomènes ; on a décrit les ictus laryngés liés à l'épilepsie, au tabes, aux affections graves du larynx et on a divisé la maladie en ictus laryngé essentiel et en ictus lié aux différentes maladies que nous avons nommées.

Il est souvent fort difficile d'établir un diagnostic différentiel à cet égard, mais le plus souvent on n'observe pas avec la même netteté cette toux coqueluchoïde suivie de chute brusque et de retour instantané de l'intelligence.

(*Jour. de méd. et de chir. prat.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 13 *mars*. — *Présidence de* M. Van Tieghem.

Quantité maximum de chlorures contenus dans l'air de la mer. — M. Armand Gautier. J'ai eu l'occasion de doser le chlore dans l'air de la pleine mer ; cet air était aspiré jour et nuit au phare de Rochedouvres, en plein Océan, par vents d'ouest-nord-ouest venant du large, du 22 au 25 octobre 1898 ; le temps était beau. L'air passait lentement par aspiration sur une longue bourre de laine de verre, préalablement lavée et séchée, et y déposait ses particules en suspension. J'ai fait ainsi circuler dans ce filtre de verre 341 lit. d'air à 15°, sous des pressions ayant varié de 760 mm. à 767 mm. Transporté au laboratoire, le filtre fut lavé avec un peu d'eau chaude, et les chlorures contenus dans la partie filtrée furent dosés au moyen d'une liqueur décinormale d'argent. On trouva au total 0 gr. 00462 de chlore répondant à 0 gr. 0076 de sel marin, ce qui correspond, par le calcul, à 0 gr.022 de chlorure de sodium par mètre cube d'air.

Pour la température moyenne de 15° où j'opérais, c'est là un maximum, car on remarquera qu'au phare de Rochedouvres où a été aspiré cet air, nous étions éloignés des côtes de 50 à 60 kilomètres, qu'une bonne bise soufflait depuis plusieurs jours du plein Atlantique, que la moitié de l'air, à peu près, fut recueilli la nuit, et que, quoique aspiré à 13 m. au-dessus du niveau de la mer, il pouvait contenir encore les poussières d'eau les plus ténues.

Cette petite quantité de sel marin, 0 mg, 022 par litre d'air, est donc bien un maximum. Elle suffit cependant, avec les petites proportions d'algues et spores iodées qui l'accompagnent et concourent sans doute à son activité, pour communiquer à l'air marin les qualités sapides et toniques qui le caractérisent.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 *mars* 1899 . — *Présidence de* M. Panas

La correspondance comprend une lettre de M. le Dr Maurice Binet, de Saint-Honoré-les-Bains, qui se porte candidat au titre de correspondant dans la 1re division.

Vacance. — M. le président déclare une vacance dans la section d'anatomie pathologique en remplacement de M. Laboulbène, décédé.

Nécrologie. — M. le président annonce la mort de M. Durand-Fardel, associé national de l'Académie depuis 1885.

Les ferments animaux et leur culture. — M. le Dr G. Livet fait une communication d'où il conclut que : 1° tous les organes des êtres vivants contiennent des ferments qu'il appelle ferments animaux capables de transformer le sucre en alcool et acide carbonique, 2° on peut isoler et cultiver ces ferments.

Des formes graves du rein mobile de la cachexie néphroptosique et de son traitement par la néphropexie. — M. le Dr Bazy. — Le rein ptosé et mobile peut dans quelques cas donner lieu à un ensemble symptomatique assez sérieux pour que les cas ainsi visés méritent d'être groupés sous l'appellation caractéristique de « forme grave du rein mobile. ». Ces formes graves, dont les troubles digestifs et la douleur constituent les éléments les plus importants, ont pour aboutissant un état d'affaiblissement qu'on pourrait, sans exagération, désigner sous le nom de « cachexie néphroptosique. »

Cette cachexie est intimement liée à la ptose et à la mobilité du rein, et ne disparaît qu'avec elles. Tous les traitements faits pour relever l'état général et combattre les troubles digestifs restent impuissants, tant que le rein n'a pas été fixé.

Cette impuissance de la thérapeutique médicale est la preuve de la relation directe qui existe entre l'état général et la mobilité rénale.

La fixation du rein ou néphropexie est le premier et souvent le seul traitement à opposer à ces cas.

L'amélioration ou la guérison ne sont pas toujours instantanées ; elles peuvent se faire attendre un mois, deux mois, et même six mois après l'opération.

Le procédé opératoire, destiné à fixer le rein, qui m'a permis d'obtenir ces résultats, consiste dans la fixation directe du rein aux muscles intercostaux et à la face antérieure de la dernière côte et dans le tassement et la suspension de la capsule cellulo-adipeuse à la dernière côte; — procédé opératoire qu'on pourrait désigner sous le nom de « néphropexie en hamac. »

Election. — L'Académie procède à l'élection de deux correspondants nationaux dans la 4e division (physique et chimie médicale, pharmacie).

Pour la première place sur 51 votants, majorité 26, M. Dupuy (de Toulouse) est élu par 43 voix contre 3 données à M. Denigès (de Bordeaux), 2 à M. Imbert (de Montpellier), 2 à M. Onimus (non présenté) et 1 à M. Carles (de Bordeaux).

Pour la seconde place, sur 50 votants, majorité, 26, M. Imbert est élu par 41 voix contre 5 données à M. Onimus et 4 à M. Carles.

Traitement de l'appendicite. — M. Delorme. La statistique présentée par M. Chauvel a tenu dans la discussion une certaine place; elle a surpris. Elle est, en effet, effrayante et inexplicable au premier abord, cette statistique qui annonce une mortalité de 31 0/0 pour les appendicites traitées par l'expectation et de 31,8 0/0 pour les appendicites traitées par la laparatomie. Il n'en est rien. Ces proportions ne sont pas définitives. Il me sera permis de dire que pendant huit ans de séjour au Val-de-Grâce, je n'ai pas perdu plus de 3 ou 4 opérés. Sur 13 cas d'appendicites opérés l'année dernière au camp de Châlons, je n'ai pas perdu un seul opéré. Pendant deux ans, d'autre part, j'ai été plus temporisateur qu'opérateur, sans perdre plus de malades. La statistique générale de l'armée (celle de M. Chauvel est une statistique spéciale, ne donne qu'une mortalité de 1/7 à 1/8. Dans les statistiques de l'armée, l'élément mort figure dans les rapports journaliers, dans les statistiques mensuelles et dans les statistiques annuelles. Les morts sont toutes relevées; il n'en est pas de même des guérisons. Un grand nombre de malades ont été traités à la chambre ou à l'infirmerie. L'appendicite n'a pas encore sa place marquée dans la statistique générale de l'armée et ces cas sont placés sous diverses rubriques. La statistique des cas traités par l'expectation n'est donc pas intégrale.

D'autre part les cas de mort sont donnés intégralement ; dans la statistique de M. Chauvet les cas de mort sont relatifs à des opérations faites pour des appendicites aiguës ou suraiguës avec péritonite ; cette statistique est assombrie, elle comporte une gravité exceptionnelle.

L'appendicite est grave, le traitement médical est souvent décevant, on ne saurait le dire trop haut. Ce fait semble, en effet démontrer l'évidence de la nécessité de l'accroissement dans l'armée du nombre des chirurgiens de carrière et des hôpitaux régionaux. C'est à la rapidité et à la sûreté des secours qu'il offrait aux malades atteints d'appendicite que M. Roux de Lausanne a dû ses succès. Opérer toujours dans les cas graves, opérer souvent dans les autres cas, telle est la rubrique qui me paraît devoir être acceptée.

Dans les foyers suppurés circonscrits par des adhérences peu solides, la recherche de l'appendice est grave, mais au moins l'opération incomplète suffit à parer à des accidents mortels. Il est préférable de pratiquer alors une opération en deux temps et de provoquer d'abord la formation d'adhérences.

Dans toutes les opérations de nécessité, la statistique d'un chirurgien sera toujours grevée d'insuccès. Toutes autres sont les conditions des opérations faites à froid, ou des opérations préventives. La laparotomie comporte des risques, même pour les chirurgiens rompus à la pratique des opérations abdominales.

De la percussion méthodique du crâne : contribution au diagnostic crânio-encéphalique. — MM. Gilles de la Tourette et Chipault. En matière d'intervention chirurgicale sur le crâne, il serait désirable de pouvoir préciser autant que possible, avant l'opération, l'épaisseur de la paroi sur laquelle celle-ci doit porter. Les recherches anatomiques, celles de Péan en particulier, ont fait connaître l'épaisseur normale de ces parois suivant les diverses régions. Mais elles ne s'appliquent qu'à des crânes normaux, normalement constitués et sont impuissantes à nous apprendre si, dans un cas donné, les parois sont plus minces ou plus épaisses qu'à l'état normal,

Nous croyons avoir trouvé le moyen de résoudre en partie ce problmèe par l'emploi de la percussion méthodique du crâne, soit à l'aide d'un petit marteau, soit, de préférence, directement avec le doigt. Celui-ci perçoit en effet des sensations d'élasticité et de résistance complémentaires et corrélatives de son produit. La percussion doit toujours être pratiquée, le sujet ayant la bouche fermée, l'occlusion ou l'ouverture de l'orifice buccal étant susceptibles dans une large mesure de faire varier les résultats obtenus. Les recherches de technique doivent être faites sur le vivant, le crâne du cadavre donnant un son tout à fait différent.

La percussion pratiquée ainsi que nous venons de l'exposer permet de reconnaître que la tonalité comparative du crâne est claire chez l'enfant, mate chez l'adulte, surtout chez l'homme, moins mate chez le vieillard. Elle est plus claire dans les régions frontale et pariétale que dans la région occipitale. De ces faits on peut déjà conclure qu'elle varie avec l'épaisseur des parois, l'enfant ayant le crâne

plus mince que l'adulte, la région pariétale étant moins épaisse que la région occipitale.

Seules les opérations sur le crâne sont d'ailleurs susceptibles de permettre d'établir si réellement la tonalité est en rapport avec l'épaisseur des parois.

Celles que nous avons pratiquées et dont nous allons donner le résumé corroborent cette opinion de la façon la plus nette : elles consistent en 5 trépanations : 1 frontale, 4 pariétales.

a) Notre cas de trépanation frontale est relatif à un jeune homme de 18 ans, qui, à la suite d'un traumatisme sans fracture de la paroi antérieure du crâne, avait présenté des symptômes mentaux pour lesquels l'intervention fut décidée. La région frontale rendait à la percussion un son mat dont la percussion comparée de la même région chez les personnes assistant à l'opération faisait ressortir le caractère exceptionnel. Or, l'os fut trouvé, sur toute l'étendue de la région percutée, dense et très épaissi, 13 millimètres au lieu de 5, moyenne habituelle de la région.

b) Nos quatre cas de trépanation pariétale ou rolandique ne sont pas moins probants. Ce sont : 1° une trépanation décompressive pour néoplasme probable, non découvert à l'intervention. La percussion rendait un son tout à fait clair, analogue à celui du crâne d'un enfant. La paroi était d'une minceur exceptionnelle, 3 millimètres et demi au lieu de 6, moyenne normale de la région; 2° une trépanation pour traumatisme ancien de la région pariétale droite chez un homme de 30 ans. Tonalité normale; paroi d'épaisseur normale, 5 millimètres et demi ; 3° une trépanation pour épilepsie essentielle avec crises limitées au côté droit, chez un homme de 25 ans. Matité exceptionnelle. Dureté considérable du crâne, absence presque complète de tissu diploïque, épaisseur 9 millimètres passés; 4e une trépanation pour épilepsie jacksonnienne des membres droits diagnostiquée néoplasique chez un homme de 35 ans. La percussion de la région pariétale gauche rendait un son mat, beaucoup plus mat que celui de la région pariétale droite et cette matité paraissait localisée à une zone de 5 à 6 centimètres carrés. L'intervention fut extrêmement laborieuse, le crâne au centre de la matité avait l'épaisseur énorme de 23 millimètres.

Nous le répétons, ces faits confirment jusqu'à l'évidence notre proposition : la tonalité d'une région crânienne varie avec son épaisseur, elle est d'autant plus claire que la paroi est plus mince et inversement.

Nous avons pu également établir que la continuité ou la discontinuité de la paroi crânienne exerçait une influence très nette sur le son rendu par cette paroi à la percussion. Chez les trépanés le son est plus clair du côté où a porté la trépanation. Dans deux cas de fracture ancienne du crâne avec perte de substance peu étendue, la percussion donnait un véritable bruit de pot fêlé. S'agit-il là d'un nouveau signe qui permettra à l'avenir d'affirmer certaines fractures du crâne jusqu'à présent impossibles à diagnostiquer ? Nous ne pouvons, d'après deux observations seulement, généraliser. Il est même probable que si cette notion de bruit de pot fêlé dans les fractures du crâne devenait une règle, il y aurait toute une série de nuances à établir et de nombreuses exceptions à préciser suivant l'état des parties molles, de béance ou de cicatrisation fibreuse de la perte de substance, suivant son trajet et ses dimensions. La simple constation du fait, quelques réserves d'attente que nous devions faire, n'en est pas moins à elle seule des plus intéressantes.

Aux cas précédents nous pouvons ajouter celui d'un microcéphale chez lequel l'intervention permit de constater l'ossification prématurée des sutures, que la matité exceptionnelle de son crâne nous avait fait soupçonner. C'est là un fait qui n'est pas seulement intéressant au point de vue théorique, puisque les microcéphales avec ossification des sutures, qui sont rares, sont aussi les seuls chez lesquels la craniectomie semble susceptible de donner des résultats satisfaisants.

Nos recherches que nous poursuivons depuis longtemps ne nous ont pas encore permis de déterminer si la percussion pouvait fournir des indications sur l'état normal ou pathologique des parties molles contenues dans le crâne.

Eaux minérales. — M. Albert Robin lit son rapport sur les travaux des stagiaires aux eaux minérales.

A 4 h. 25 la séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 mars 1899. — Présidence de M. Raymond.

La véritable cause de l'appendicite. — M. Faisans. Depuis longtemps déjà, divers médecins ont signalé la coïncidence possible de l'appendicite et de certaines affections de nature grippale, d'où cette conclusion que la grippe pouvait, dans certaines circonstances, engendrer l'appendicite.

Or, l'appendicite grippale, loin d'être une exception, doit être considérée comme la règle générale. Que l'appendicite éclate au cours d'une attaque de grippe ou qu'elle ne se montre que plus ou moins longtemps après cette attaque, dans tous les cas la relation de cause à effet entre la maladie générale et l'affection appendiculaire est extrêmement probable. Seulement, dans le second cas, l'appendicite qui a été créée par la grippe et qui lui survit évolue d'une manière silencieuse, jusqu'au jour où, sous l'influence d'une nouvelle grippe ou de toute autre cause, éclate la crise d'appendicite aiguë se révélant par le syndrome appendiculaire bien connu.

Cette manière d'envisager l'étiologie de l'appendicite est celle qui donne l'explication la plus satisfaisante — sinon la seule explication — de deux faits dont la réalité est incontestable; l'appendicite est devenue d'une fréquence extraordinaire depuis une dizaine d'années, c'est-à-dire depuis l'apparition des grandes épidémies de grippe. En second lieu, chaque épidémie annuelle de grippe est accompagnée d'une sorte d'épidémie d'appendicites. Cette double constatation conduit tout naturellement à admettre, dit M. Faisans, que la véritable cause de l'appendicite, c'est la grippe.

Pneumonie sèche. — M. Galliard communique une observation de pneumonie sèche chez un jeune homme de 21 ans. Au cours de cette pneumonie ascendante, à poussées successives, dont les allures rappelaient ce qu'on observe dans les épidémies de grippe, le malade n'a pas expectoré un seul crachat.

On sait que, en dehors de la vieillesse et de l'enfance, la pneumonie sèche est rare.

Sur une forme de paraplégie spasmodique consécutive à une lésion organique et sans dégénération du système pyramidal. — M. J. Babinski. J'ai observé trois malades qui, au point de vue clinique, à côté de quelques particularités individuelles, présentaient comme trait commun une forme de paraplégie crurale caractérisée par une contracture très intense amenant une flexion permanente et très marquée de la cuisse sur le bassin, ainsi que de la jambe sur la cuisse, accompagnée de douleurs qui se manifestaient principalement quand on cherchait à corriger, par des tractions, l'attitude vicieuse des membres, et de mouvements spasmodiques apparaissant surtout à la suite de ces tractions et augmentant encore la déformation. Au point de vue anatomique, dans certains cas, le système pyramidal n'était pas dégénéré.

Chez une de ces malades, la lésion consistait en un sarcome angiolitique gros comme une petite noix, développé aux dépens du plexus choroïde du quatrième ventricule, occupant le côté droit et ayant refoulé le bulbe, la protubérance, le pédoncule cérébelleux moyen et le cervelet. Il n'y avait pas trace de dégénération secondaire et au voisinage même de la tumeur les tubes nerveux n'offraient aucune altération histologique. L'affection s'était manifestée pendant la vie par de la céphalée, des vertiges, de la névrite optique, des troubles mentaux, des troubles vésicaux, une contracture des membres supérieurs prédominant à droite, une flexion forcée des doigts de la main droite et cette forme de paraplégie dont je viens d'indiquer les caractères poussés, dans ce cas, à leur maximum d'intensité ; de plus, et c'est là un point remarquable, les réflexes tendineux recherchés aux diverses phases de la maladie n'ont jamais paru sensiblement exagérés et la trépidation épileptoïde des pieds a toujours fait défaut.

Une autre de ces trois malades était atteinte de sarcome fasciculé à cellules fusiformes, intra-rachidien, gros comme un œuf de moineau, occupant la région dorsale supérieure, développé dans l'intérieur du sac de la dure-mère et comprimant la moelle qui a pris à ce niveau la forme d'un croissant ; en ce point il existe une sclérose très marquée et la myéline de la plupart des tubes nerveux a disparu, mais on voit une grande quantité de cylindres-axes conservés, et au-dessus, ainsi qu'au-dessous du point comprimé, on ne constate pas de dégénérescence secondaire appréciable des faisceaux à long trajet.

Pendant la vie, outre la paraplégie déjà décrite, il y avait de l'incontinence d'urine et des matières fécales, des escharres, de l'exagération des réflexes tendineux, de la trépidation épileptoïde et cette perturbation du réflexe cutané plantaire que j'ai décrite sous la dénomination de phénomène des orteils.

Il s'agissait, chez le troisième malade, de sclérose multiloculaire, à plaques peu nombreuses, sans destruction des cylindres-axes, sans dégénérescences secondaires. La paraplégie spasmodique était accompagnée, comme dans le cas précédent, d'exagération des reflexes tendineux, d'épilepsie spinale et du phénomène des orteils.

L'observation de la première malade montre qu'une contracture très intense, d'origine organique, n'est pas nécessairement accompagnée d'une exagération manifeste des réflexes tendineux. Elle confirme cette notion, déjà établie par quelques rares faits publiés, qu'une lésion intra-cranienne peut provoquer non seulement chez l'enfant, mais même chez l'adulte, une paraplégie spasmodique permanente sans que les faisceaux pyramidaux aient subi de dégénérescence secondaire ; elle prouve, de plus, qu'en pareil cas, la contracture peut même atteindre un degré exceptionnel d'intensité.

Enfin, si je considère que dans ces trois observations la paraplégie est très intense et que la dégénérescence secondaire des faisceaux pyramidaux fait défaut, que les caractères de cette forme de paraplégie acquièrent le maximum d'intensité dans le cas où, au niveau même de la lésion. Il n'existe aucune altération histologique des éléments nerveux, si je rapproche ces faits de quelques autres faits analogues, antérieurement observés, et si je les compare aux cas ordinaires de paraplégie spasmodique avec dégénérescence des faisceaux pyramidaux, je suis porté à émettre l'hypothèse que cette forme de paraplégie spasmodique, dont j'ai donné la description, non seulement peut être indépendante de toute dégénérescence secondaire des faisceaux pyramidaux, mais même dénote que ces faisceaux sont normaux, ou ne sont tout au plus que partiellement altérés.

Ictère chronique sans élimination de pigments par les urines. — M. Hayem dit que, depuis le cas de ce genre qu'il présenta à la Société, le 14 mai 1897, il en a observé quatre autres. Cet ictère n'est donc pas excessivement rare. Il s'agit plutôt d'un subictère que d'un ictère franc. Chez tous les malades de M. Hayem, il s'est développé lentement, insidieusement, et une fois installé, a persisté. Tous étaient des dyspeptiques. Aussi, M. Hayem pense-t-il qu'il s'agit d'une complication de la forme nerveuse commune de la gastrite parenchymateuse mixte. Il y aurait infection secondaire des voies biliaires en raison de la duodénite qui accompagne régulièrement la gastrite.

Un cas de surdi-cécité avec œsophagisme chez une hystérique, guérison rapide par l'isolement. — M. G. Marinesco. J'ai eu l'occasion de voir au commencement du mois de janvier de cette année une jeune fille, âgée de 15 ans, qui présentait certains phénomènes de pseudo-méningite tels que : céphalalgie frontale violente, insomnie rebelle, inappétence avec des envies de rendre, constipation opiniâtre avec légère rétraction du ventre, respiration irrégulière mais pas d'élévation thermique. De temps en temps, la malade a présenté des accès de sommeil avec contracture de la machoire inférieure. Lorsqu'il lui arrivait de pouvoir dormir, elle avait des rêves terrifiants. Le diagnostic d'hystérie, qui s'imposait, a été confirmé par la constatation d'une série de stigmates, tels que : le rétrécissement du champ visuel, des plaques d'anesthésie à la face et dans la région du sein gauche, l'anesthésie du pharynx, etc. Vers le 17 du mois de janvier, la malade a tout à coup perdu l'ouïe et la vue. L'amaurose, comme la surdité, étaient complètes, absolues. Du côté des régions périorbitaires et des pavillons de l'oreille, il y avait de l'anesthésie, les réflexes conjonctival et auriculaire étaient considérablement diminués.

Le premier jour où la surdité a fait son apparition, la malade a présenté certains troubles du langage, consistant en un mutisme, suivi rapidement d'une aphasie passagère.

Plus tard, elle a repris possession de son langage. Ce qui est vraiment remarquable chez cette malade, c'est que les sensations kinesthésiques de la main lui ont permis de comprendre des phrases entières sans le concours

de la vue, et d'exécuter au piano des morceaux de musique très difficiles sans le concours de l'oreille. Pour l'exécution de ces derniers, il suffisait de lui placer la main sur la note qu'elle demandait et qui toujours devait commencer le morceau, le reste était admirablement joué. Le sens musculaire, chez cette malade, s'est en quelque sorte perfectionné à la suite de la perte de la vision et de l'audition, ainsi que le prouvent les échantillons d'écriture spontanée, irréprochables au point de vue des traits de la ponctuation et des accents. A la fin du mois de janvier un nouveau symptôme, assez sérieux par ses conséquences, l'œsophagisme, s'est ajouté au tableau symptomatique si complexe. La malade rendait les aliments liquides ou solides, mais l'obstacle chez elle n'était pas seulement constitué par la contracture spasmodique de l'œsophage : à la contracture s'est probablement ajouté un élément mécanique, c'est-à-dire des amas de mucosités, ainsi que nous l'avons constaté lors du rejet des aliments et lorsque nous avons essayé d'introduire la sonde. Fait important : cet œsophagisme était accompagné d'une hyperestésie très grande de l'épigastre. Au commencement, la famille n'a pas voulu se rendre à mon désir qui était de placer la malade dans mon service à l'hopital, mais à la fin voyant qu'elle dépérissait à vue d'œil et qu'elle était en danger, elle se rendit à mes raisons et me la confia pour l'isoler. Les effets de l'isolement ont été pour ainsi dire miraculeux, car un jour après, à la suite du cathétérisme œsophagien et de l'hydrothérapie, l'illusion de l'amaurose et de la surdité avait disparu, et la malade guérie a commencé à voir et à entendre.

— MM. F. Bezançon et Griffon lisent une note sur la constatation du bacille tuberculeux dans l'épanchement séro-fibrineux de la pleurésie franche par la culture directe du liquide sur le sang gélosé.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 25 mars 1899. — Présidence de M. Jullien.

La séance est ouverte à 4 h. 30.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

A propos du procès-verbal, M. Mouzon rectifie une assertion de M. Leudet à son sujet : le mémoire qu'il a présenté en 1898 à la Société portait sur quatre cas et non pas sur un seul.

M. le secrétaire général déclare que la correction a été faite dans le bulletin de 1899.

Correspondance imprimée.— Revues et journaux habituels. Rapport sur les indications et contreindications du traitement hydrominéral dans les cardiopathies, par le Dr Certica. — Immunité congétinale envers la syphilis et la loi dite de Profeta, par M. George Ogilvie (M. Buret est chargé d'examiner ce travail).

M. le Président annonce la mort d'un membre honoraire, M. Maxime Durand-Fardel, qui a été une grande figure dans la médecine de ce temps, il a exprimé à son fils, qui est membre correspondant, toute la part que prend la Société à sa douleur.

M. Martha vient également d'être frappé dans ses plus chères affections ; sa fille, âgée de huit ans, est morte très brusquement d'une appendicite.

M. le Président est l'interprète de toute la Société en envoyant à M. Martha l'expression de son affectueuse sympathie.

M. Jullien fait part ensuite de la souscription ouverte par la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux pour élever un monument à la mémoire de Jean Hameau, père de notre membre correspondant, M. Hameau, d'Arcachon. Jean Hameau eut non seulement le mérite de découvrir le premier la pellagre, mais encore, en 1847, dans son *étude sur les virus*, il écrivait :

« Les virus ont des germes qui les reproduisent ; ils ont le pouvoir de traverser toutes nos parties, de grandir à nos dépens et de vaincre les forces vitales pour accomplir leurs destinées. » Il affirmait que les *ferments* eux-mêmes présentent les caractères incontestables de la vie ; et il allait jusqu'à écrire, en propres termes : « On préviendrait les phlébites, dans les hôpitaux, si l'on trempait la lancette dans l'onguent napolitain avant d'opérer la saignée et si l'on recouvrait la petite plaie d'un taffetas frotté du même onguent. Des soins analogues pourraient être pris après les grandes opérations, parce que le virus *s'introduit par les plaies* ».

Et ailleurs, parlant du pouvoir immunisant de la vaccine : « Ce fait majeur et si bien constaté peut faire espérer d'en découvrir d'autres semblables parmi les virus ».

Ce mémoire substantiel fourmille de vues justes, qu'on pourrait croire écrites par un élève de Pasteur ; aussi, comme le disait en 1884 le Dr Solles, « un bon microscope, un bon laboratoire moins bien outillé que celui du Collège de France et notre sagace médecin de la Teste était une des plus pures gloires de la France. Hameau est un précurseur dont le nom doit rester immortel dans les fastes de la médecine ».

D'accord avec le trésorier, M. le président propose d'inscrire la Société parmi les souscripteurs pour une somme de cinquante francs.

Ce crédit est voté à l'unanimité.

M. Picqué fait une communication sur **la difficulté du diagnostic de certaines formes du cancer utérin** (*sera publié*).

M. Polaillon veut faire une observation au point de vue historique : Les métrites fétides sont connues depuis très longtemps. Alors qu'en 1870 il était élève de Broca, il se rappelle une malade qu'il croyait atteinte de cancer ; mais que son maître reconnut pour n'être affectée que de métrite : cette malade guérit à la suite de l'introduction de quelques crayons intra-utérins de tannin et d'alun.

Depuis cette époque, M. Polaillon a observé d'autres cas analogues ; et il les a traités par des crayons au chlorure de zinc ; c'est la pratique qu'il conseille dans les cas douteux avec la recommandation de bien suivre les malades, car il y a des cancers latents.

Le diagnostic est extrêmement difficile, et seule l'évolution clinique peut souvent le fournir. Si après un curettage, ou des applications caustiques, les symptômes persistent, c'est que l'affection est néoplasique et l'hystérectomie s'impose : c'est ce qu'il vient de recommander chez une femme obèse ayant eu sa ménopause depuis deux ou trois ans, qui avait de la pesanteur dans le petit bassin avec des pertes fétides et un utérus un peu gros, et qui, après un curettage et des lavages intra-utérins à l'eau oxygénée a vu les douleurs et les pertes reparaître à nouveau.

En tous cas, l'histologie ne peut éclaircir les cas douteux : l'on sait combien des coupes de diverses altérations de la muqueuse du canal cervical peuvent présenter l'apparence du cancer ; pour faire plus sûrement le diagnostic, il faudrait pouvoir faire des coupes de l'utérus tout entier.

M. Buret demande à M. Polaillon si Broca n'avait pas établi des règles pour faire le diagnostic entre le cancer et l'endométrite fétide, et sur quels signes macroscopiques et cliniques il se basait.

M. Polaillon se rappelle seulement que Broca avait signalé les métrites fétides.

M. Jullien a observé des métrites chez des femmes jeunes encore et éloignées de la ménopause : il se rappelle particulièrement un cas où il crut avoir affaire à un cancer du fond de l'endomètre et qui pourtant guérit très bien sans opération.

Il est de l'avis de M. Polaillon sur l'impossibilité de compter sur l'histologie pour faire un diagnostic exact : il a souvent vu à Saint-Lazare des végétations débutant au col et qui, portées sous le microscocope, peuvent donner lieu à de nombreuses erreurs ; il croirait plutôt à l'utilité du diagnostic bactériologique.

Le symptôme métrorrhagie peut d'ailleurs se présenter sans lésion utérine : et M. Jullien se demande si certains traitements hydrominéraux ne peuvent pas déterminer des métrorrhagies chez certaines femmes âgées. Par contre il connaît un cas où, à la suite d'un traitement par des eaux sulfureuses, une dame présenta des métrorrhagies ; c'était un symptôme précoce qu'on croyait d'abord ne devoir rattacher à aucune lésion ; mais l'évolution ultérieure montra qu'il s'agissait d'un épithélioma.

M. Leudet n'a jamais vu de métrorrhagies consécutives à la cure aux Eaux-Bonnes : au reste, les malades de cette station sont en général très jeunes.

M. Graux n'a jamais observé de métrorrhagies à la suite du traitement thermal : mais il rappelle que la cure fait avancer les époques et les rend plus abondantes.

M. Dueuc demande à M. Picqué, comme l'avait déjà exprimé M. Jullien, s'il ne croit pas que l'examen bactériologique des sécrétions pourrait éclairer le diagnostic.

M. Picqué. — Je remercie mon excellent maître et collègue, M. Polaillon, d'avoir pris la parole d'une façon si courtoise après ma communication. Il a bien fait de nous rappeler que l'endométrite fétide, que beaucoup considèrent comme une affection récente, était connue et traitée depuis longtemps. On a trop de tendance, à notre époque, à considérer comme nouvelles des questions autrefois bien étudiées ; et, pour ma part, je cultive volontiers les vieux auteurs où l'on peut, en s'instruisant beaucoup, faire de sérieuses études de psychologie.

Quant aux examens histologiques, je reconnais volontiers avec lui toutes les difficultés d'interprétation, et, sous ce rapport, il faut distinguer les lésions du corps de celles du col.

Pour ces dernières, le professeur Cornil a insisté, dans ses leçons, sur les difficultés qu'il y a parfois à limiter les lésions inflammatoires des lésions néoplasiques. Pour celles du corps, on peut, en conservant les connexions de la muqueuse avec le tissu musculaire, éviter bien des causes d'erreur.

Quoi qu'il en soit, l'examen histologique est irréfutable. Se borner à suivre l'évolution des lésions, comme le demande notre collègue, c'est s'exposer à laisser passer le moment opportun pour opérer, s'il s'agit d'une néoplasie, et l'observation I de mon travail, relative à une femme opérée il y a 10 ans, montre toute l'importance d'un diagnostic précoce.

M. le secrétaire général annonce que le bulletin de 1898 a paru et qu'il est à la disposition des membres de la Société.

La séance est levée à 5 h. 1/2.

Un des secrétaires annuels,
Dr E. Albert-Weil.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 mars 1899. — Présidence de M. S. Pozzi.

M. Picqué lit un long mémoire sur **l'action des interventions chirurgicales sur l'état cérébral des aliénés.**

Luxation traumatique de l'astragale. — M. Reynier fait un rapport sur une observation adressée par M Legueu ayant trait à une luxation double de l'astragale qui présentait comme seul point à signaler que le péroné était légèrement ulcéré. L'impotence était complète. Sous le chloroforme, on fit de vaines tentatives de réduction, et on fut amené à faire la résection de l'astragale. Le résultat fut parfait.

M. Nélaton. Je crois que dans ces cas il serait peut-être préférable de faire une résection partielle de l'astragale, et de laisser la poulie dans la mortaise tibio-péronienne.

M. Berger. Quand les rapports de l astragale sont rompus avec tous les autres os du tarse, il est préférable d'enlever l'os dans son entier.

Relevé statistique des opérations à Pascal pendant les dernières années, lu par M. S. Pozzi

Résection stomacale. — Présentation du malade par M Tuffier.

Rupture du tendon du triceps. Suture. Guérison. — Présentation du malade par M. Lejars.

M. Routier. J'ai eu un malade auquel je n'ai rien fait et qui a guéri tout aussi bien.

M. Guinard. J'ai eu un malade auquel on a rien fait et qui a guéri merveilleusemeut.

MM. Ricard, Tuffier pensent que la suture du tendon du triceps est beaucoup plus rationnelle que l'abandon des malades.

F. Verghère.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU VIe ARRONDISSEMENT

Séance du 27 février 1899. — Présidence de M. Richardière.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté à l'unanimité.

M. le Président donne lecture d'une lettre de M. Demoulin dans laquelle il s'excuse de son absence et revendique pour M. Duplay la priorité de la description de la mastoïdite dite de Betzold. Il cite à cet effet la description faite par M. Duplay, d'après laquelle la région sterno-mastoïdienne présenterait du *gonflement*, de la *rougeur* des téguments, ce qui indique que la collection purulente fuse vers la paroi externe.

M. Luc répond à cela que tout autre est la mastoïdite de Betzold dans laquelle la marche est insidieuse; il n'y a *pas de rougeur* ; le pus fuse sans signe extérieur le long de la face interne du sterno-mastoïdien vers la gaîne des vaisseaux carotidiens : la collection se perfore au niveau de la *paroi interne*.

M. Furet exprime la même opinion que M. Luc.

M. le Président donne lecture d'une lettre du Dr Montsarrat, par laquelle il demande à faire partie de la Société médicale du VIe arrondissement.

M. Richardière ajoute que cette lettre n'est qu'officieuse et qu'il faudrait deux parrains.

M. Dromain, quoique d'avis de favoriser les candidatures spontanées, fait remarquer que toute candidature comporte également la présentation d'un travail (thèse de doctorat ou autre), et que les statuts sont formels sur ce point.

M. le secrétaire général est chargé d'instruire M. Montsarrat des formalités qu'il a à remplir pour faire acte de candidature officielle.

M. Dromain présente la candidature de M. le Dr Brocchi. M. Tison est nommé rapporteur scientifique.

M. le secrétaire général donne lecture d'un long rapport scientifique de M. Censier sur la candidature de M. Lemasle, M. Censier s'étant excusé par lettre.

M. Lemasle est admis à la majorité.

M. Dauchez demande la parole pour donner des nouvelles de notre confrère M. Léon Bernard, opéré d'une appendicite par M. Walter. L'opération a bien réussi, l'état du malade est très satisfaisant.

Sous le titre de : **Méningites abortives et méningisme.** M. Dauchez étudie comparativement les méningites abortives infectieuses et les accidents de *méningisme* dont les premiers diffèrent comme nature et comme marche clinique.

Il cite, pour montrer le parallèle entre cette affection et ce « syndrome », l'observation d'un jeune enfant de 11 mois atteint pendant trois semaines d'accidents méningés (tristesse, grognements, plaintes, photophobie, convulsion de la face, des yeux, prostration, excitation violente la nuit, irrégularité du pouls et de la respiration, tendance à la constipation, enfin fièvre rémittente) au cours d'une entérite grippale à laquelle l'enfant succombe le 41e jour.

Le signe de Kernig manqua tout le temps. Des érythèmes polymorphes, très prurigineux, herpétiformes, eczématiformes trahirent l'origine et la nature des accidents méningés et permirent de les rapporter à l'entérite.

Le Dr Dauchez croit donc qu'il est impossible, *en clinique*, de comparer les méningites infectieuses ou aiguës toujours fébriles avec irrégularité constante du pouls avec les accidents dits de *méningisme*.

Ceux-ci sont très restreints et ne peuvent s'appliquer qu'à trois ordres de faits, à savoir :

1° Méningisme hystérique ou névropathique des enfants prédisposés par l'hérédité névropathique (Noblet, thèse de Paris 1895).

2° Méningisme lié aux empoisonnements. Tels sont les faits de Konig, Brun, Cazin, Iscovesco, accidents méningés provoqués par l'iodoforme, faits confirmés par les expériences de Humbert et Morestin (*France médicale*, 1888).

3° Méningisme de cause réflexe (ascarides, etc.). Cf à la communication du Dr Tripet. Société méd. chirurgicale, 1897.

Le Dr Dauchez cherche à établir que le syndrome « méningisme » ou de pseudo-méningite diffère de la méningite vraie par certains caractères cliniques qui sont les suivants :

1° Absence de fièvre, parfois même hypothermie dans les empoisonnements.

2° Terrain névropathique (stigmates hystériques) parfois plusieurs accès de méningisme chez le même sujet.

3° Début brusque, différent des prodromes de la méningite ;

4° Atténuation ou suppression de plusieurs symptômes cardinaux de la méningite, (fièvre, vomissements, strabisme, constipation) ;

5° Absence du signe de Kernig ;

6° Régularité du pouls ou fréquent ou ralenti ;

7° Durée prolongée ou très abrégée des accidents ;

8° Le méningisme névropathique ne tue pas ;

9° La courbe thermique est nulle ou atteint rarement 38° ;

10° Absence de leucocytose du sang dans le méningisme hystérique (Hayem) ;

11 Inversion des phosphates dans les urines (Chantemesse), c'est-à-dire que les phosphates alcalins diminuent et les phosphates terreux restent dans les mêmes proportions ;

Le Dr Dauchez pense que le méningisme réside dans un état de spasme vasculaire des méninges, peut-être dans un état congestif nécessaire à combattre.

Il croit à l'utilité de conserver provisoirement le terme de *méningisme*, comme le propose le Dr Pochon (Thèse de Paris, 1897) en ne l'appliquant exclusivement qu'au cadre restreint indiqué plus haut.

M. Luc pense comme M. Dauchez, au sujet de la distinction du méningisme et de la méningite. Aux causes du méningisme citées par M. Dauchez, M. Luc croit qu'il faut ajouter les accidents ou suppurations se faisant dans le voisinage des méninges (oreille moyenne, sinus frontaux). Dans ce cas le méningisme est comme le prodrome d'une méningite qui peut être consécutive.

M. Dauchez réplique que pour lui le méningisme est incompatible avec l'infection méningée.

Pour M. Furet, le méningisme, affaire hystérique, névropathique, a pour caractère essentiel de n'être dû à aucune lésion anatomique de la dure-mère.

M. Richardière pense que chacun peut interpréter le terme méningisme comme il le veut, car il peut renfermer ou non tels ou tels symptomes analogues à ceux de la méningite sans la marche et surtout la terminaison de celle-ci. M. Richardière propose de réserver le terme de méningisme à toute affection où l'on peut craindre, sans en être sûr, que les méninges soient touchées.

En réponse à la communication du conseil général des sociétés d'arrondissement, l'ordre du jour suivant est voté.

« La Société médicale du VIe arrondissement, protestant contre la façon dont a été nommé le comité d'organisation du Congrès de Déontologie, décide de ne point participer au Congrès en *tant que Société*. »

Le Secrétaire annuel
Dr P. Malméjac.

VARIÉTÉS

Un guérisseur

Nous trouvons dans le journal *Le Petit Temps* l'histoire suivante. En admettant que la narration soit exacte, comme tout porte à le croire, c'est un nouvel exemple de la manière dont la police est faite à Paris et dont nos intérets sont protégés. On nous fait payer une très lourde patente et on cherche à l'accroître encore, mais pendant ce temps les charlatans sont tranquilles et peuvent venir en toute liberté chasser sur nos terres.

Paris compte un nouveau guérisseur. Il affirme pouvoir rendre la santé à quiconque l'a perdue. Cela, ô miracle, sans médicaments! Aucune maladie ne le rebute ; il rend la vue aux aveugles, l'ouïe aux sourds. La capitale a déjà possédé quelques-uns de ces faiseurs de merveilles qui, à l'instar du zouave Jacob, ordonnent aux paralytiques de marcher et qui réussissent, parfois, à se faire obéir. Voyons donc comment procède ce nouveau médecin sans pareil.

Et d'abord d'où vient-il ? Il se dit docteur d'une des facultés de médecine du nouveau monde. On l'appelle le docteur Edwards. Il a établi, depuis avant-hier, son cabinet de consultation au n° 6 de la rue Cadet.

Lorsque nous arrivons, la salle qui précède la « chambre de guérison » est dejà encombrée de malades. Il y en a de toutes les conditions. L'élégante y coudoie la pauvresse, le rentier l'ouvrier. Les femmes sont en majorité. Parmi les hommes il y a notamment un aveugle et un ataxique qui discutent entre eux à voix haute. L'aveugle, qui vient pour la première fois, se montre sceptique ; il doute que la doctrine Edwards triomphe jamais de sa cécité.

L'ataxique, qui en est à sa troisième consultation, affirme, à l'encontre sa confiance. Depuis qu'il s'est livré au praticien il a constaté du mieux dans son état et il lui semble « qu'il marchera bientôt ». En tous cas, le docteur Edwards lui a promis qu'il le guérirait.

Après quelques instants d'attente nous sommes introduits dans le cabinet du docteur.

La physionomie est plutôt sympathique. Eclairé par des yeux bleus, qui reflètent une grande énergie, le visage est encadré par une abondante chevelure blanche si longue qu'elle couvre presque les épaules.

Le docteur, qui est de taille moyenne, est vêtu d'une sévère redingote noire. M. Edwards ne parlant que l'anglais c'est un interprête qui se charge de lui expliquer le but de notre visite.

Avant de nous initier à sa puissance mystique, il appelle notre attention sur certains signes caractéristiques de sa personne qui sont, en effet, étranges.

La main droite est privée du médius et s'ouvre en V, le pouce étant collé à l'index et l'annulaire au petit doigt.

La main gauche ne présente rien d'anormal. Mais le docteur nous explique que ses deux pieds répètent les marques de la main droite, en ce sens que l'orteil se détache profondément des deux autres doigts qui sont également liés ensemble.

— Les marques du crucifiement du Christ, nous dit l'interprète.

Pour préciser, le docteur a ajouté qu'un peu avant sa naissance à Rome, sa mère, qui était pieuse, resta si longtemps en contemplation devant l'image du Christ crucifié qu'à force de toucher ses pieds et sa main droite, apitoyée qu'elle était sur la douleur du divin supplicié, elle communiqua au fruit de ses entrailles le stigmate des blessures divines.

C'est quand il eut atteint sa vingt et unième année qu'il a senti un pouvoir surnaturel se révéler en lui et qu'une force irrésistible le poussa à vouer son existence au soulagement des misères humaines.

M. Edwards nous déclare alors que sa puissance consiste dans la simple faculté qu'il a de guérir ses malades par la seule force de sa volonté ou par le toucher ou simplement encore par le regard. Il prétend que le fluide qui se dégage de sa personne en passant dans le corps de son client a pour effet de guérir radicalement l'asthme, les rhumatismes, les affaiblissements, les affections mentales, en un mot toutes les maladies.

D'ailleurs, nous dit-il, vous aller juger par vous-même et voir comment j'opère.

Successivement, tout comme chez le zouave Jacob, défilent devant nos yeux une série de malades, que le docteur Edwards fait passer devant lui.

Un interprête les interroge sur la nature de leur maladie et transmet leur réponse au praticien.

Celui-ci se contente de leur faire des passes magnétiques au siège de l'affection et les renvoie en leur disant de revenir. Il ne peut les guérir en une fois. Mais avant de se retirer, le client est invité à passer dans un cabinet où, sur une table, est déposé un plateau qui sollicite un témoignage de sa reconnaissance.

Nous interrogeons plusieurs de ces malades.

Quelques-uns d'entre eux nous affirment que, depuis leur visite au docteur Edwards, ils ont constaté une amélioration sensible dans leur état ; un sourd nous affirme sa guérison complète. D'autres, enfin, nous font cette réponse :

« Que voulez-vous, nous avons consulté les meilleurs médecins et suivi les traitements les plus divers : cela sans résultat. En venant chez le docteur Edwards, c'est une dernière chance que nous tentons. »

Le médecin

Notre savant collaborateur M. le Dr H. Barrella a prononcé récemment devant la Société belge de tempérance un éloquent discours sur la valeur morale du médecin : nous en reproduisons le passage le plus intéressant :

« Convenez, messieurs, que les médecins que nous avons connus dans notre enfance s'éloignent un peu de beaucoup de types médicaux que nous voyons tous les jours. Il y avait alors le médecin de la famille, le médecin qui avait la confiance du père, de la mère, dont les petits enfants avaient un peu peur, mais dont ils devenaient bien vite les amis, le médecin qui était de moitié dans toutes les peines et dans toutes les joies, que l'on consultait en toutes choses, que nous aimions et qui nous aimait, le médecin qui était la personnification du dévouement et de l'amitié.

Ils n'étaient pas si nombreux que de nos jours, beaucoup d'eux étaient, je pense, moralement mieux préparés. Ils n'étaient arrivés aux études supérieures qu'après de sérieuses études moyennes, on ne cherchait pas à escamoter les humanités. Aujourd'hui, messieurs, on brûle les étapes et si l'on osait, on supprimerait complètement les huma-

nités, les bambins sauteraient des bancs de l'école primaire à ceux de la Faculté de médecine. Vous verrez tantôt que je n'exagère pas.

N'allez pas me ranger parmi les détracteurs du présent, les *laudatores temporis acti*. C'est parce que je suis de mon temps que je n'aime pas le progrès à rebours et que je ne veux pas favoriser les stupides convoitises des ignorants.

Dans un beau livre de M. Fouillée, de l'Institut de France, *les Etudes classiques et la Démocratie* (1),cet auteur cite une

(1) Paris, Colin, 1898.

pétition auvergnate qui, pour son outrecuidance, mérite d'être rapportée. Voici ce document :

« Le Conseil départemental du Cantal vient d'émettre le vœu qu'il soit reconnu au brevet supérieur les droits conférés aux baccalauréats de l'enseignement moderne, y compris les droits nouveaux que le projet de loi déposé par M. Combes, le 4 février 1896, accordait à ces derniers diplômes. L'administration centrale dans la plupart des ministères, les Ecoles vétérinaires d'Alfort, de Lyon et de Toulouse, la section française de l'Ecole coloniale, l'Ecole navale de Brest, Saint-Cyr, Polytechnique, Normale supérieure pour la partie des sciences, les licences ès-lettres et ès-sciences, LE DROIT ET LA MÉDECINE DEVIENDRAIENT AINSI ACCESSIBLES AUX ÉLÈVES DE L'ENSEIGNEMENT PRIMAIRE, le jour où ce vœu serait traduit en article de loi. C'est au nom du *droit de tous au travail*, au nom d'un *droit individuel évident*, que nous désirons la destruction des barrières *artificielles et arbitraires* qui se dressent encore devant l'intelligence des *humbles*. »

Voilà, messieurs, ce qu'on ose demander en France, à l'aube du xx^e^ siècle.

Cet esprit utilitaire, cette faim de places que l'on est inapte à remplir, tout en avouant cyniquement qu'on n'a pas usé ses culottes sur les bancs de l'école, est la caractéristique de cette fin de siècle.

Est-il absolument nécessaire que la médecine devienne un métier, un commerce, une industrie?

Messieurs, la médecine doit retrouver son idéal, sa grandeur, sa noblesse, elle doit marcher à la tête des professions, et elle en serait restée la première, n'était l'encombrement. Il est dû, pour une part, à ce qu'a été détruite la barrière de l'examen d'élève universitaire, adouci et transformé ensuite en examen de gradué en lettres, puis tout à fait aboli. Cet encombrement de la profession est la cause qui pousse certains affamés à commettre des actes révoltants, tel l'avortement. En outre, il entre aux études médicales des jeunes gens parfois mal préparés et souvent mal éduqués qui, en possession de leur diplôme, feront de la médecine une exploitation malhonnête de la crédulité publique.

Ce n'est plus là le médecin que les anciens avaient divinisé, en la personne d'Esculape, mais un artisan, un entrepreneur de cures. On a trouvé le moyen d'industrialiser une profession dont Cicéron a dit : *Homines ad deos nullâ re proprius accedant quam salutem dando.*

A vous, messieurs, de travailler à relever la profession et le médecin. Par votre tact, votre prudence, votre tempérance, votre discrétion, votre patience, votre moralité, votre science, montrez que vous comprenez ce que vaut une profession dont tout le monde, empereur, pape, roi, riche ou pauvre, est le tributaire.

Tout homme relève de la médecine, tout mortel quel qu'il soit a ses heures de souffrance. Donnons notre cœur, notre intelligence, notre science, nos veilles, nos travaux à tous, soyons accessibles à tous, mais ne rampons devant personne, ne flattons ni petits ni grands. Contentons-nous de faire notre devoir, tout notre devoir, sans en rechercher l'approbation, sans craindre surtout les quolibets des pauvres d'esprit. » (*Gazette médicale Belge*).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Les appointements d'un médecin chargé d'un service public ne sont saisissables que jusqu'à concurrence du dixième lorsqu'ils ne dépassent pas 2.000 francs par an.

L'année dernière, le tribunal civil de Lille avait résolu affirmativement la question de savoir si la saisie arrêt des émoluments annuels inférieurs à 2.000 francs et alloués à un médecin attaché à un bureau de bienfaisance doit être faite en conformité de la loi du 12 janvier 1895.

Le tribunal civil de Narbonne vient de faire l'application des mêmes principes au profit d'un médecin adjoint chargé de la constatation des décès et nommé par arrêté municipal. Voici les principaux considérants sur lesquels est basée cette décision :

Attendu que les conditions d'applicabilité de la loi du 12 anvier 1895 sont un traitement annuel inférieur à 2.000 fr. et la qualité d'employé, de commis ou de fonctionnaire ;

Attendu que le médecin adjoint des services de la ville de Narbonne remplit un emploi permanent, puisque l'arrêté qui le nomme lui prescrit un service journalier ;

Attendu que la rémunération annuelle qui lui est attribuée ne permet pas de l'assimiler à un médecin qui reçoit à raison de l'exercice de sa profession des honoraires calculés d'après le nombre de ses consultations ; que le D^r^ X... remplit un véritable emploi permanent rétribué et doit, au point de vue de la saisie de son traitement, être considéré comme employé de la ville de Narbonne ;

Attendu que cette qualité que réclame le D^r^ X... lui est, d'ailleurs, attribuée par l'article 33, § 10 de la loi du 3 avril 1885 qui comprend, parmi les agents salariés d'une commune, même ceux qui, exerçant une profession libérale, reçoivent une indemnité à raison des services qu'ils rendent.

Attendu,au surplus, que les caractères essentiels auxquels on reconnaît le traitement soumis à la loi du 12 janvier 1895 sont la permanence du service auquel le traitement est attaché et l'allocution annuelle des émoluments ;

Attendu que le traitement accordé au D^r^ X... revêt ces deux caractères ;

Attendu qu'il n'y a pas lieu de faire une distinction entre l'ouvrier manuel et l'employé ou le fonctionnaire dont le traitement ne dépasse pas 2.000 francs par an et qui rend des services à raison de ses connaissances spéciales ;

Attendu qu'il importe peu, d'ailleurs, que le médecin chargé d'un service public trouve ses principales ressources dans l'exercice ordinaire de sa profession auprès de sa clientèle habituelle, puisque la loi qui a voulu éviter les contestations n'a tenu, en aucune manière, compte des revenus que pouvait avoir l'employé ou le fonctionnaire en dehors de son emploi ou de sa fonction ; que, par suite, la

saisie-arrêt pratiquée a été à tort suivie d'après les règles ordinaires.

(*Province Médicale*).

NOUVELLES

Les cliniques et la patente des médecins. — Les médecins ,en très grand nombre, qui, à Paris, possèdent une clinique en dehors de leur cabinet médical, étaient depuis plusieurs années en discussion avec l'administration des contributions directes sur l'application de la patente.

Une clinique comporte généralement à la fois un cabinet de consultations. et une maison de santé ou sont hospitalisés des pensionnaires. Dans ces conditions, doit-on assujettir à la patente médicale l'ensemble des locaux, ou bien considérer le propriétaire de la clinique d'une part comme médecin dans son cabinet de consultations, et d'autre part comme exploitant de maison de santé dans les pièces affectées au logement des malades en traitement .

La question avait une importance considérable pour le corps médical, puisque la patente, qui est du douzième de la valeur locative sur les appartements affectés à la profession de médecin, n'est plus que du cinquantième sur les pièces considérées comme constituant la maison de santé.

Le conseil de préfecture de la Seine avait adopté une solution onéreuse pour les réclamants. Suivant lui, le docteur ou le chirurgien, qui possède une clinique, devrait être, au point de vue de la patente, réputé médecin, même dans les locaux affectés à l'hospitalisation des pensionnaires.

Mais un pourvoi a été formé devant le Conseil d'Etat, qui a donné raison aux réclamations du corps médical et a réformé l'arrêté du conseil de préfecture. Il a été décidé qu'on distinguerait entre la profession du médecin et celle d'exploitant de maison de santé ; dans le cas où l'intéressé se livrera aux deux professions dans des locaux distincts, quoique dépendant du même établissement, il ne payera pour chaque local que le droit proportionnel attribué par la loi à la profession qui y sera spécialement exercée.

Il y aura donc lieu de faire une ventilation de la valeur locative totale et de rechercher quelles sont les pièces affectées aux consultations et, d'autres part, celles destinées au logement des pensionnaires. Ces dernières ne seront imposées qu'au cinquantième de leur valeur locative.

Les rayons X. — La 1re chambre du tribunal civil, présidée par M. Baudouin, vient de rendre un premier jugement dans le procès en dommages-intérêts intenté à un docteur-radiographe auquel la demanderesse reproche de lui avoir fait, pour déterminer le siège exact d'une affection dont elle était atteinte, une application des rayons X qui a eu pour conséquence d'aggraver son état.

Nous avons exposé les faits de la cause dimanche dernier.

Conformément aux conclusions du substitut, le tribunal a décidé qu'il y avait lieu de recourir à une expertise pour rechercher s'il y avait eu faute de la part de l'opérateur.

C'est le docteur Brouardel qui a été désigné comme expert. Sa mission n'est pas limitée aux points signalés par le ministère public. Elle affecte un caractère plus général.

Eaux minérales. — La Chambre des députés, dans sa séance de mercredi 29 mars, a repoussé la proposition Vacher tendant à mettre un impôt de 10 centimes sur chaque bouteille d'eau minérale.

Caisse des pensions de retraite du corps médical français. Siège social : Paris, 22, Place Saint-Georges. — *Les diverses réunions concernant la Caisse des Pensions auront lieu, pour l'année 1899, au Siège social, les jours et heures suivants* :

1° Réunion du comité directeur, le samedi 8 avril, à cinq heures très précises.

2° Réunion du conseil des censeurs, le samedi 8 avril, à six heures très précises.

3° Assemblée générale des participants, le dimanche 9 avril, à neuf heures et demie du matin.

Le Secrétaire général : Dr Delefosse.

Ordre du jour : Rapports de M. le Trésorier et de M. le Secrétaire général. Vote sur les pensions à accorder. Communication diverses. — Etude des nouveaux rapports entre la caisse et l'Association générale des Médecins de France.

Bilan au 31 décembre 1898.

RECETTES

En caisse au 1er janvier 1898. .....F.		21.258 39
Encaissement de 1898 :		
Cotisations.....F.	59.079 01	
Valeur du portefeuille.....	17.897 06	
Frais généraux.....	43 94	
		77.020 01
TOTAL.....F.		98.278 40

DÉPENSES

Paiement de retraites.....F.	15.996 »	
Opérations de trésorerie (remboursements et paiements par Caisse auxiliaire).....	1.006 »	
Frais généraux.....	2.335 85	
Achats de Valeurs.....	77.590 40	
		96.928 25
En caisse au 1er janvier 1899.....F.		1.350 15
TOTAL ÉGAL.....F.		98.278 40

Situation générale.

Valeur du portefeuille au 31 décembre 1897 (extrait du bilan).....	666.845 25
Valeurs achetées en 1898 (120 obligations Banque hypothécaire 1880).....	77.590 40
En caisse au 1er janvier 1899.....	1.950 15
Avoir de la Caisse des Pensions de retraite au 1er janvier 1899.....	745.785 80

Le Trésorier, Dr H. Verdalle.

Congrès internationnal de Médecine de 1900. — Le Comité national allemand pour le Congrès international de Médecine qui doit avoir lieu à Paris en 1900, pendant l'Exposition, est constitué de la façon suivante :

Président : M. Virchow, Membres : MM. Hartels, Bergmann, Coler, Eulenburg, Ewald, Gerhardt, Konig, Leyden, Liebreich, Pistor, Posner et Waldeyer.

IVe Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie, Paris 1900. — Règlement. — Art. 1er. — Le 4e Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie se tiendra à Paris, du 2 au 9 août 1900.

Art. 2. — Les séances du Congrès auront lieu à l'hopital Saint-Louis, de 8 heures du matin à 1 heure de l'après-midi.

Art. 3. — Seront membres du Congrès tous les docteurs en médecine français et étrangers agréés par le Comité d'organisation, qui auront fait parvenir leur adhésion avant le 1er juin 1900 et auront acquitté les droits de cotisation.

Le montant de la cotisation est fixé à 25 francs (20 marks, 1 livre sterling) et donne droit à un exemplaire des comptes rendus du Congrès.

La carte de membre du Congrès sera remise, contre présentation du reçu de la cotisation, dans les bureaux du Congrès.

Les adhésions doivent être adressées au secrétaire général ou à l'un des secrétaires étrangers.

Art. 4. — Dans la séance d'ouverture du Congrès, le Comité d'organisation fera procéder à la nomination du bureau définitif, du président, des vice-présidents et des secrétaires.

Les membres du Comité d'organisation peuvent être nommés membres du bureau définitif du Congrès.

Art. 5. — Les séances du Congrès seront publiques.

Art. 6. — Les membres du Congrès pourront s'exprimer dans la langue qui leur est familière. Ils seront priés de s'exprimer de préférence en allemand, en anglais ou en français. Quand cela sera possible, dans les discussions, les argumentations seront résumées par un des secrétaires dans une ou deux de ces langues. Les communications du Comité d'organisation et du bureau du Congrès seront faites en français et, autant que possible, il en sera donné immédiatement une traduction en allemand et en anglais.

Art. 7. — L'ordre du jour des séances sera arrêté par le Comité d'organisation. Il sera imprimé avant l'ouverture du Congrès et distribué en même temps que les cartes de membres du Congrès.

Art. 8. — Il sera fait dans chaque séance une place importante aux présentations de malades.

Art. 9. — Les questions traitées seront de deux ordres : les unes, proposées à l'avance par le Comité d'organisation, les autres laissées au choix des membres.

Sur chacune des questions proposées par le Comité d'organisation, il sera fait des rapports par des membres du Congrès désignés par le Comité.

Les rapports seront imprimés à l'avance et distribués avant l'ouverture du Congrès.

Les communications sur des sujets autres que ceux qui auront été désignés par le Comité d'organisation devront être annoncées au secrétaire général avant le 1er juin 1900, délai de rigueur.

Elles ne pourront avoir été publiées ou présentées à des Sociétés savantes avant l'ouverture du Congrès.

Les communications peuvent avoir une durée de quinze minutes. Dans les discussions, les orateurs ne pourront garder la parole plus de 10 minutes consécutives. Au bout de ce temps, le président ne pourra leur conserver la parole qu'après avoir consulté l'assemblée.

Il sera mis à la disposition des membres du Congrès qui en auraient besoin pour l'exposé de leurs communications des microscopes et un appareil à projections.

Art. 10. — Les manuscrits des communications devront être déposés sur le bureau avant la fin de la séance.

Les orateurs qui auront pris la parole dans les discussions devront remettre au cours même de la séance le texte de leur argumentation.

Art. 11. — Le comité d'organisation décidera de l'insertion totale ou partielle des communications dans le compte rendu officiel du Congrès.

Le compte rendu des séances sera publié en français. Les travaux dont les auteurs auront remis le texte en langue allemande ou anglaise seront publiés dans ces langues

Art. 12. — Il sera annexé au congrès une exposition scientifique comprenant des moulages et photographies et dessins d'affections cutanées, des préparations anatomiques, microscopiques et bactériologiques.

Par suite d'une entente avec le Comité du XIIIe congrès international de médecine qui doit se tenir à Paris, à la même époque, sous la présidence de M. le professeur Lannelongue, la section de dermatologie et de syphiligraphie du Congrès de médecine sera réunie au Congrès de dermatologie.

En conséquence, les membres du Congrès de dermatologie seront considérés comme faisant partie du Congrès de médecine sans avoir besoin de faire acte d'adhésion à ce dernier Congrès.

Les adhésions et toutes les communications relative au Congrès peuvent être adressées dès maintenant au secrétaire général, M. le Dr Georges Thibierge, 7, rue de Surène, Paris, ou à l'un des secrétaires étrangers, et pour la Belgique, à M. le Dr Dubois-Havenith, à Bruxelles.

Questions mises à l'ordre du jour du Congrès. A. — *Dermatologie.* — 1° *L'origine parasitaire des eczémas.* — Rapporteurs : MM. Kaposi (Vienne), Unna (Hambourg), Jadassohn (Berne), Galloway (Londres), Brocq (Paris), (assisté de MM. Bodin (Rennes) et Veillon (Paris).

2° *Les tuberculides.* — Rapporteurs : MM. Boeck (Christinia), Colcott Fox (Londres), Campana (Rome), G. Riehl (Leipzig), J. Darier (Paris).

3° *Les pelades.* — Rapporteurs : MM. Malcolm Morris (Londres), Lassar (Berlin), Mibelli (Parme), Pavloff (Saint-Pétersbourg), Sabouraud (Paris).

4° *Les leucoplasies.* — Rapporteurs : MM. Pr. Morrow (New-York), Behrend (Berlin), Pringle (Londres), Perrin (Marseille).

B. *Syphiligraphie et vénéréologie.* — 1° *Syphilis et infections associées.* — Rapporteurs : MM. Neisser (Breslau), D. Bulkley (New-York), Ducrey (Pise), Hallopeau (Paris).

2° *La descendance des hérédo-syphilitiques.* — Rapporteurs : MM. J. Hutchinson (Londres), Tarnowsky (Saint-Pétersbourg), Finger (Vienne), L. Jullien (Paris).

3° *Causes des infections généralisées dans la blennorrhagie.* — Rapporteurs : MM. Taylor (New-York), Lesser (Berlin), Tommasoli (Palerme), Lane (Londres), Balzer (Paris).

Congrès d'hydrologie et de climatologie. — Le VIe Congrès national italien d'hydrologie et de climatologie, qui devait avoir lieu à Sienne du 4 au 6 avril prochain, est ajourné à une époque qui sera ultérieurement annoncée.

La Société contre l'abus du tabac vient de publier le programme du Congrès international antitabacique de 1900. Parmi les questions mises à l'étude, on remarque notamment celles qui concernent les médecins, celles qui intéressent le public en général et les fumeurs eux-mêmes.

Le programme faisant connaître la valeur des prix (700 fr.) et les questions à résoudre sera envoyé gratuitement sur demande adressée au président, rue Saint-

Benoît, 20 bis, ou à notre confrère le Dr Gourc, 64, rue des Petits-Champs.

Le tac et l'influenza. — Il y a 485 ans, en février-mars 1414, une épidémie semblable à celle qui règne actuellement, appelée par les contemporains le « tac » ou le « horion » sévit à Paris, à la suite d'un « vent merveilleux, puant et tout plein de froidures », suivant l'expression de Juvénal des Ursins. Dans le savant commentaire qu'il donne dans son édition du *Journal d'un bourgois de Paris*, M. Alexandre Tuetey rappelle que le nombre des malades fut tel que, depuis le 1er mars jusqu'au 9, on dut suspendre les plaidoiries au Parlement.

L'auteur du *Journal* donne de la maladie la description suivante :

« Si advint par le plaisir de Dieu que ung mauvais air corrompu chut le monde, qui plus de cent mil personnes à Paris mit en tel estat qu'ils perdirent le boire et le manger, le reposer, et avoient tres forte fièvre deux ou trois le jour, et especiallement toutes fois qu'ils mangeoient, et leur sembloient toutes choses quelconques amères et très mauvaises et puantes; toujours trembloient où qu'ils fussent. Et dura bien sans cesser trois sepmaines ou plus, et commença à l'entrée du mois de mars, et le nommoit ou le tac ou le horion.

En icelly temps, chantoient les petiz enfans au soir, en allant au vin ou à la moustarde, tous communément :

Vostre chef a la toux, commère,

Vostre chef a la toux, la toux.

Et ceulx qui point n'en étoient ou qui estoient gueriz, disoient pas esbatement :

« En as-tu? Par ma foy, tu as chanté. Vostre chef a la toux, commère. »

« Car avec tout le mal devant dit, on avoit la toux si fort, et la rume et l'enroueure, que on ne chantoit qui rien fust de haultes messes à Paris. Mais la toux estoit si cruelle à tous, jour et nuyt, que aucuns hommes, par force de toussir, furent rompus par les vaisseaux, et aucunes femmes qui estoient grosses, qui n'estoient pas à terme, orent leurs enfants sans compaignie de personne par force de tousser, qu'il convenait mourir à grant martire et mère et enfant. Et quant ce venoit vers la guarison, ils gectoient grant foison de sanc par la bouche et par le nez, et par dessoubs, qui moult les esbahissoit, et, néanmoins personne n'en mouroit; mais à peine en povoit personne estre guery, car depuis que l'apetiz de menger fut aux personnes revenu, si fut-il plus de six sepmaines après, avant que on feust nettement guery; ne physissien ne savoit dire quel mal c'estoit. »

Cette maladie paraît être, comme le pense M. Tuetey, une grosse coqueluche. Peut-être aussi avait-elle quelque lien avec la grippe. (*Rev. med.*)

Hôpital Saint-Antoine. — *Service des maladies du nez, du larynx et des oreilles.* — Le Dr Marcel Lermoyez, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, reprendra ses conférences pratiques le samedi 15 avril à neuf heures et demie du matin.

Emploi du temps. — Le mardi, conférence de séméiologie et de diagnostic; le samedi, conférence de thérapeutique; le lundi, petites opérations spéciales; le vendredi, opérations sur l'oreille et les sinus de la face.

ERRATUM. — C'est par erreur d'imprimerie que l'article de notre collaborateur, le Dr Corlieu, paru dans le précédent numéro, porte le titre de : **Un candidat à l'Académie des sciences.** Nos lecteurs ont dû faire la rectification eux-mêmes et lire : **Un candidat à l'Académie de Médecine.**

Nécrologie. — Le Dr Lucas, ancien directeur du service de santé de la marine, décédé à Paris, à l'âge de 70 ans. — Le Dr A. Noel Péron, ancien interne des hopitaux de Paris, décédé subitement à l'hopital Boucicault où il était chef de laboratoire du Dr Letulle. Le Dr Péron était le gendre du Dr Magnan. — M. Eugène Grignon, pharmacien, décédé le 28 mars, à l'âge de 41 ans.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Législation et jurisprudence des Spécialités pharmaceutiques, par F. Guy, *docteur en droit, avocat à la Cour de Paris. secrétaire de la rédaction du « Journal du Droit industriel »*.— L'auteur, sous une forme claire et juridique à la fois, expose les différents droits que les pharmaciens ont sur leurs spécialités. Les mots « corricide », « antipyrine «, « chloralose », « salol », entre autres, sont l'objet d'une savante discussion. La concurrence que les dispensaires font aux pharmaciens est également étudiée avec le plus grand soin.

En vente à Paris, à la *Gazette du Palais*, 3, boulevard du Palais. — Prix franco : 3 francs.

Thérapeutique oculaire, *nouvelles médications, opérations nouvelles*, par le Dr F. Terrien, chef de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Paris, 1899. 1 vol. in-16 carré, 96 pages, 12 figures, cartonné, 1 fr. 50. Librairie J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille (près du boulevard Saint-Germain), à Paris.

Traité théorique et pratique d'hydrothérapie, par le Dr Leroy Dupré, 1 vol. gr, in-8 de 519 pages, 10 fr., Librairie J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, près du boulevard Saint-Germain.

Dictionnaire Anglais-Français des termes de médecine, par le Dr de Méric, médecin de l'hopital français de Londres, 1 vol. in-8 de 400 pages, cartonné, 8 fr. Librairie J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, près du boulevard Saint-Germain.

De la médication sulfurée, par le Dr Ferras, ancien interne des hôpitaux de Paris, avec une préface d'Albert Robin, de l'Académie de médecine; 1 vol. in-18 de 250 pages, 3 francs; Octave Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris.

Du tatouage chez les prostituées, par MM. le Dr Albert Le Blond, médecin de Saint-Lazare; le Dr Arthur Lucas, ancien interne de Saint-Lazare. — Société d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, place de l'Ecole de Médecine, Paris.

LYMPHATISME, SCROFULE, RACHITISME : Fucoglycine Gressy.

PILULES DE QUASSINE FREMINT
Anorexie. Dyspepsie, Constipation, 1 ou 2 av. chaque repas

PILULES rhéo-ferrées VIGIER spéciales contre la constipation. 1 à chaque repas.

Le Gérant : A. Chevallereau.

aris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone*